



# Hoitotyön työnjako vuodeosastoilla Ennen ja nyt

Marleena Heino  
Sari Tarmia

Opinnäytetyö  
Syyskuu 2015  
Hoitotyön koulutusohjelma  
Sosiaali-, Terveys- ja Liikunta-ala

Jyväskylän ammattikorkeakoulu  
JAMK University of Applied Sciences



Tekijä(t) Heino, Marleena; Tarmia, Sari	Julkaisun laji Opinnäytetyö	Päivämäärä 24.9.2015
	Sivumäärä 38	Julkaisun kieli Suomi
		Verkojulkaisulupa myönnetty: x
Työn nimi Hoitotyön työnjako vuodeosastoilla Ennen ja nyt		
Koulutusohjelma Hoitotyön koulutusohjelma		
Työn ohjaaja(t) Perttunen, Jaana; Tyrväinen, Hannele		
Toimeksiantaja(t)		
<p>Tiivistelmä</p> <p>Opinnäytetyön aiheena oli hoitotyön työnjako vuodeosastoilla. Työn tarkoituksena oli perehtyä ensin hoitotyön työnjaon historiaan sekä nykyisyyteen ja sen pohjalta pohtia, miten pystymme tarjoamaan laadukasta ja turvallista hoitoa kaikille potilasryhmille tulevaisuuden sairaalassa. Terveystieteiden yleiset muutokset ja uudistukset, kasvavat potilasryhmät sekä henkilöstöresurssit vaativat hoitohenkilökunnalta vankkaa ja entistä laajempaa osaamista. Opinnäytetyön pääpaino on tiimityön ja yksilövastuun hoitotyön eri variaatioissa vuodeosastoilla.</p> <p>Opinnäytetyö toteutettiin kuvailevan kirjallisuuskatsauksen periaattein, tarkemmin työ on narratiivinen yleiskatsaus. Opinnäytetyössä käytetty lopullinen aineisto haettiin Google Scholarista ja Medic-tietokannoista. Tutkimusten julkaisuvuodet rajattiin ajalle 2005-2015.</p> <p>Kirjallisuuskatsauksen aineiston pohjalta voidaan todeta hoitotyön työnjaon käyneen ajan saatossa läpi monenlaista vaihetta. Potilas- ja tehtäväkeskeisistä malleista on kuljettu pitkä matka tiiminä ja työpareina tapahtuvaan yksilövastuuseen hoitotyöhön, jossa kuitenkin potilaslähtöisyyttä korostetaan. Sairaanhoidajan työkuva on muuttunut aikojen saatossa paljon, tulevaisuudessa tehtäväkuvat ovat entistä laajempia ja ammattiosaamisen tulee olla vankkaa laadukkaan ja turvallisen hoitotyön takaamiseksi. Sairaanhoidajan työ vuodeosastolla edellyttää tiimityötaitojen lisäksi motivaatiota elinikäiseen oppimiseen ja ammatitaidon kehittämiseen, tässä myös työyhteisön muut jäsenet ja osastonhoitaja ovat tärkeässä roolissa.</p>		
Avainsanat ( <a href="#">asiasanat</a> ) Yksilövastuinen hoitotyö, tehtäväkeskeinen hoitotyö, tiimityö, työparityöskentely, osaamisen varmistaminen hoitotyössä, hoitotyö		
Muut tiedot		



Author(s) Heino, Marleena; Tarmia, Sari	Type of publication Bachelor's/Master's thesis	Date 24.9.2015
		Language of publication: Finish Finnish
	Number of pages 38	Permission for web publication: x
Title of publication The distribution of nursing work on the wards Before and now		
Degree programme Degree Programme in Nursing		
Tutor(s) Perttunen, Jaana; Tyrväinen, Hannele		
Assigned by		
<p>Abstract</p> <p>The topic of the thesis was the distribution of nursing work on the wards. The purpose of the thesis was to explore the history and the present of nursing work distribution and, on this basis, reflect on how to provide high quality and safe nursing for every patient group in the future hospital. The general changes and reforms of health care, growing patient groups and human resources demand very strong and comprehensive competence from the health care professionals. The main focus of the thesis was on the variations of teamwork and primary nursing on the wards.</p> <p>The thesis was implemented as a descriptive literature review, or, more specifically, the thesis was a narrative overview. The final material of the thesis was collected from the Google Scholar and Medic databases. The publication dates of the research articles were limited to the period between 2005 and 2015.</p> <p>Based on the material of the literature review it could be discovered that the distribution of nursing work has gone through a variety of stages through the years. It has been a long journey from patient- and task-centered nursing to team- or work-pair-based primary nursing where patient orientation is emphasized. The job description of a nurse has changed greatly during the years, and in the future it will be even more comprehensive. Moreover, professional competence has to be strong in order to guarantee high quality and safe nursing. Nursing work on the wards demands not only teamwork skills but also motivation to learn and improve one's competence, and in this the whole work community and the head nurse also play important roles.</p>		
Keywords/tags ( <a href="#">subjects</a> ) Primary nursing, functional nursing, teamwork, partner working, ensuring know-how in nursing, nursing		
Miscellaneous		

# Sisältö

1 Johdanto .....	2
2 Hoitotyön työnjaon menneisyyttä .....	3
2.1 Potilaskohtainen malli .....	4
2.2 Tehtäväkeskeinen malli .....	4
3 Hoitotyön työnjako tänään .....	6
3.1 Tiimityön malli .....	7
3.2 Tiimistä työpariksi .....	10
3.3 Yksilövastuinen malli .....	12
4 Osaamisen varmistaminen ja arviointi .....	14
5 Opinnäytetyön tavoitteet ja tarkoitus .....	17
6 Opinnäytetyön toteutus .....	18
6.1 Kirjallisuuskatsaus .....	18
6.2 Tutkimusaineiston hankinta .....	19
6.3 Tutkimusaineiston analyysi .....	22
7 Opinnäytetyön tulokset .....	23
7.1 Potilaskohtainen malli .....	23
7.1.1 Tehtäväkeskeinen malli .....	23
7.1.2 Tiimityön malli .....	24
7.1.3 Parityöskentelyn malli .....	24
7.1.4 Yksilövastuinen malli .....	25
7.1.5 Osaamisen varmistaminen ja arviointi .....	25
8 Pohdinta .....	26
8.1 Johtopäätökset .....	27
8.2 Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys .....	31
8.3 Tutkimuksen hyödynnettävyys ja jatkotutkimus ehdotukset .....	33

Lähteet

Liitteet

# 1 Johdanto

Terveydenhuollon hoitotyön järjestelyt ovat muuttumassa kustannusten nousun ja vähenevien henkilöstöresurssien vuoksi, joten jokaisen hoitotyöntekijän ammattikoulutusta ja osaamista on pystyttävä hyödyntämään optimaalisesti ja suunnitelmallisesti terveydenhuollon toimintakentässä. (Merkell 2011, 3) Tällaisista tulevaisuudennäkymistä johtuen on siis ajateltava, että sairaanhoitajan työnkuva laajenee ja niin sanottu erikoisalaosaaminen on historiaa. Jatkossa toimitaan siellä missä tarve on suurin.

Korvenrannan (2010, 844 - 5) mukaan sairaaloiden profiilit vaihtelevat väestön ja heidän tarpeidensa mukaisesti. Sairaaloiden toiminnan resursointi tulisi määritellä hoidon tarpeen mukaiseksi ja työn tulisi olla erityisosaamisalueiden rajapintoja ylittävää, potilaslähtöistä sekä hoitotarpeiden mukaista sairaanhoitoa.

Tästä ajatuksesta lähdettiin miettimään, kuinka pystytään tarjoamaan laadukasta ja turvallista hoitoa kaikille potilasryhmille ja mitä se sitten etenkin työnjaon, mutta myös johtamisen kannalta tarkoittaa, ja millä hoitohenkilökunnan osaaminen varmistetaan sekä miten sitä arvioidaan.

Opinnäytetyö toteutettiin kuvailevana kirjallisuuskatsauksena, tarkemmin määriteltynä narratiivisena yleiskatsauksena. Opinnäytetyössä perehdyttiin hoitotyön työnjaon menneisyyteen ja nykyisyyteen, painottuen tiimityön ja yksilövastuisen hoitotyön eri variaatioihin, joiden pohjalta pohdittiin, mikä kyseisissä työnjakomalleissa on ollut toimivaa ja missä olisi kehitettävää tulevaisuuden sairaalaa ajatellen.

## 2 Hoitotyön työnjaon menneisyyttä

Historian saatossa erilaisissa terveyden- ja sairaanhoidon organisaatioissa on alkanut muodostumaan erilaisia tapoja hoitaa potilaita. Kulttuurilla ja vallitsevilla toimintatavoilla on ollut suuri merkitys tapojen ja mallien syntyyn. (Voutilainen & Laaksonen 1994, 67) Suomessa hoitotyön koulutusta on ensimmäisenä annettu Helsingin diakonissalaitoksella, jossa se alkoi vuonna 1867. Tuolloin alettiin kouluttaa diakonissoja, jotka myöhemmin saivat toimia sairaanhoitajina diakonissalaitoksen sairaaloissa sekä lääkintöhallituksen luvalla myös muun muassa kiertävinä sairaanhoitajina. (Helsingin Diakonissalaitos)

Koulutus muotoutui ja monipuolistui vuosien saatossa ja koulusta valmistui erilaisilla ammattinimikkeillä hoitajia erilaisiin hoitotyön tehtäviin. Koulusta valmistui sairaanhoitajia, diakonissoja, kodinhoitajia ja apuhoitajia. (Helsingin Diakonissalaitos)

Koulutuksen saaneet hoitajat toimivat monenlaisissa työtehtävissä joissa työnjako ja -kuva olivat moninaiset (Helsingin Diakonissalaitos).

Hoitajilla oli nyt koulutus ja taito tehdä työtä, ajan kuluessa alkoi myös työnjako selkiytyä ja kukin ammattikunta hoiti omaa koulutustaan vastaavia tehtäviä. Tuolloin alettiin myös luoda työnjakomalleja jotka helpottivat tehtävien jakoa eri ammattiryhmien kesken. (Helsingin Diakonissalaitos)

## 2.1 Potilaskohtainen malli

1853 Florence Nightingale on kuvannut kirjassaan potilaskohtaisen mallin kaltaista toimintatapaa ja näin voidaankin ajatella tämän olevan ensimmäinen hoitotyön malli. (Voutilainen & Laaksonen 1994, 69)

Potilaskohtaisen mallin katsotaan syntyneen, kun vuosisadan alkupuolella sairaita hoidettiin yleisimmin kotona jolloin sairaanhoitaja asui heidän luonaan ja näin vastasi kokonaisuutena potilaan hoidosta.

Mallin mukaisesti yritettiin samalla tavoin toimia myös sairaalahoidossa olevien potilaiden kohdalla, mutta koulutetun henkilökunnan puute oli usein este sen toteutumiselle ja sairaanhoitajien toimenkuva alkoi muuttua tehtäväkeskeisemmäksi ja työnjohtajamaisemmaksi, jolloin hoitotyön perustoiminnoista vastasi alemman koulutuksen saanut ammattikunta. Tämän seurauksena alkoi kehittyä uusi malli, joka sittemmin tunnettiin tehtäväkeskeisenä mallina. (Voutilainen & Laaksonen 1994, 70)

Potilaskohtainen työnjako oli kuitenkin vielä pitkään käytössä esimerkiksi joissakin tehohoitoyksiköissä, joissa jokaisella potilaalla oli nimetty sairaanhoitaja, joka vastasi potilaan hoidosta koko vuoronsa ajan (Iivanainen, Jauhiainen & Korkiakoski 1995, 26).

Eloranta A-M kirjoittaa pro gradu -tutkielmassaan Yksilövastuisen hoitotyön toteutuminen ajanvarauspoliklinikoilla hoitohenkilökunnan arvioimana, että Tiedemannin ja Lookinlandin (2004) mukaan potilaskohtainen hoitotyö oli laadukkaampaa kuin tehtäväkeskeinen tai ryhmätyö, mutta ei kuitenkaan yhtä laadukasta kuin yksilövastuinen hoitotyö. Kustannuksiltaan potilaskohtainen hoitotyö oli halvempaa kuin yksilövastuinen hoitotyö, kun taas ryhmätyönä toteutettava hoitotyö oli sitä halvempi ratkaisu. (Eloranta 2006, 9)

## Tehtäväkeskeinen malli

Tehtäväkeskeinen hoitotyön malli sai alkunsa kun tutkimusten mukaan tehtävien pirstominen mahdollisimman pieniksi osiksi lisäsi toiminnan tehokkuutta. Sairaanhoitajista olevan pulan vuoksi oli myös järkevää jakaa tehtävät kunkin ammattiryhmän taitoja ja koulutusta vastaavilla tavoilla. (Voutilainen & Laaksonen 1994, 70)

Tehtäväkeskeiselle hoitotyölle on ominaista erilaiset menettelyohjeet, jolloin toteutus tapahtuu teknisellä tasolla (Munnukka 1993, 86), eli henkilökunnan työt on jaettu vuorossa sen mukaan, mitä tehtäviä kukin hoitaja tekee työvuo-ronsa aikana, esimerkiksi yksi hoitaja hoitaa osaston kaikki suonensisäiset neste- ja lääkehoidot. (Laaksonen, Niskanen, Ollila & Risku 2005, 22) Potilas-kontaktit ovat vaihtuvia, mikä vaikuttaa siihen että menettelytavoista on tehtävä sopimuksia. (Munnukka 1993, 86) Iivanaisen ym. (1995) mukaan tehtäväkeskeiselle toiminnalle ominaista on myös se, että toiminta tapahtuu pääosin arkisin klo. 07-15 välisenä aikana, täten viikonloppuina ja juhlapyhinä hoidettiin vain niin sanotut pakolliset hoitotoimet ja tämän vuoksi osastolla olikin arkipäivisin kiireistä.

Tärkeintä tehtäväkeskeisessä työnjakomallissa oli se, että kaikkien eri ammattiryhmien toimenkuvat tehtävineen sekä toimenpiteineen tulivat tehdyksi. Sairaanhoitajien kesken jaettiin sairaanhoidolliset tehtävät, esimerkiksi lääkehoito. Osastonhoitajalla oli myös oma roolinsa, hän oli mukana lääkärinkierroilla, jonka jälkeen hän jakoi tehtävät osaston henkilökunnalle ammattiryhmien mukaan. (Iivanainen ym. 1995, 28)

Voutilaisen (1994) mukaan tätä tapaa toteutettaessa olivat sairaanhoitajat paljolti ”työnjohtajina” sekä lääke- ja kiertovastaavina, jolloin potilaiden hoito jäi



muiden ammattiryhmien toteutettavaksi, eli käytännössä potilaan luona kävi useita hoitajia vuorokauden aikana eikä kenelläkään ollut kokonaisvaltaista kuvaa potilaan tilanteesta. (Voutilainen & Laaksonen 1994, 72)

Tehtäväkeskeinen malli todettiin ajan saatossa varsin epätydyttäväksi ja siitä on valtaosin luovuttu. Tätä toimintaa kuitenkin käytetään joissakin sellaisissa yksiköissä, joissa henkilökunnan koulutusrakenne ei riitä kattavaan yksilövastuuseen hoitotyöhön tai vaadittava hoito on lyhytkestoista ja tehtäväkeskeistä, kuten esimerkkinä voidaan ajatella päivystyspoliklinikkaa jossa potilaan akuuttitilanne hoidetaan ja potilas siirretään jatkohoitoon toiselle osastolle. (Voutilainen & Laaksonen 1994, 72)

Hjerppen (2008) Pro gradu -tutkielmassa puhutaan tehtäväkeskeisen mallin ongelmista. Ongelmia oli muun muassa kommunikaation vaikeus, vastuullisuuden puute ja eri tehtäviin jakautuva hoito. Näiden ongelmien pohjalta kehitettiin uusi hoitotyön malli, yksilövastuinen hoitotyö, joka vastasi paremmin potilaiden sekä myös hoitajien tarpeisiin hoitotyössä. Mallin kehittäjänä oli Manthey. (Hjerppe 2008, 3)

### **3 Hoitotyön työnjako tänään**

Potilas- ja tehtäväkeskeisestä mallista on vuosien saatossa luovuttu ja niiden tilalle on alettu kehittämään uusia kokonaisvaltaisempia hoitotyön malleja, joissa tiimityö ja kollegiaalisuus korostuvat. Väestömme ikärakenteen muutos ja kehittyvä teknologia vaativat jatkuvaa kehittymistä, jonka painopisteenä tulee olla laadullinen edistyminen sekä uusien palvelumuotojen ja toimintatapojen löytäminen. (Teperi & Vuorensalo 2015)

### 3.1 Tiimityön malli

Voidaan ajatella, että tiimityön malli on kehittynyt Suomessa 70-luvulla käytönotetusta ryhmätyömallista, jossa ryhmänjohtajana toimiva sairaanhoitaja ohjasi ja koordinoi työyhteisön muita työntekijöitä. Ryhmänjohtaja huolehti lääkärinkierroista ja lääkityksistä sekä raportoi vuoron päätteeksi seuraavan vuoron työntekijöille potilaiden voinnin ja suunnitelman hoidosta. (Iivanainen ym. 1995, 27) Laaksosen ym. kirjassa Lähijohtamisen perusteet terveydenhuollossa, on ryhmätyö ja tiimityö kuvailtu siten, että ryhmätyössä työryhmä vastasi jonkin tietyn solun, moduulin tai huoneiden potilaista. Potilaat oli jaettu ryhmän jäsenten kesken, jolloin kaikki työntekijät olivat vastuussa omista potilaistaan ja töistään. Tiimityössä jokainen oli vastuussa myös koko muun tiimin töistä, joten jos joku puuttui, muu tiimi vastasi myös hänen töistään, tällöin lopputulos on yhteisvastuullista. (Laaksonen ym. 2005, 22) Suomessa tiimityön kehittäjänä hoitotyössä on ollut Merja Mäkisalo-Ropponen.

Tiimityö tarkoittaa työskentelyä pysyvässä tiimissä tai ryhmässä. Tiimin jäsenillä on yhteinen tehtävä ja mahdollisuus suunnitella itse työtään. Ryhmässä työskentelyä voi olla vaikea erottaa tavallisesta pienestä työyhteisöstä, jossa toimitaan tietyn työnjaon mukaan. Tällöin työntekijän oma näkemys on ratkaisevaa, koetaanko työ tiimi- tai ryhmätyöksi. (Tilastokeskus) Koivukosken ja Palomäen (2009) mukaan tiimin ja ryhmän ero on yhdessä laaditut pelisäännöt, jotka ovat nimenomaan tiimityöskentelyn taustalla.

Hoitotyöntekijöiden ja terveydenhuollon ammattilaisten moniammatillisessa tiimissä yhteisenä päämääränä on potilaiden ja väestön terveyden edistäminen. Henkilösuhteiden tärkeys korostuu tiimityössä, sillä keino potilaan auttamiseksi on tiimin jäsenten välinen vuorovaikutus. Tiimin jäsenten työpanokset yhdistämällä saavutetaan enemmän kuin mitä samalla määrällä jäsenten yksittäisiä työpanoksia. (Mäkisalo 1999, 28)

Tiimissä tunnistetaan myös yksilövastuinen työskentely, mutta kuitenkin yhteisvastuu toiminnan sujuvuudesta on tiimillä. Jokainen tiimin työntekijä on vastuussa omasta toiminnastaan. Tiiminä vastuun kanto on yhteisestä perustehtävän toteuttamisesta. (Koivukoski & Palomäki 2009, 15) Toimiva yksilövastuinen hoitotyö tarvitsee taustalleen hyvin toimivan tiimityön. Joskus omahoitaja saattaa nähdä tilanteet kapea- alaisesti, jolloin kokonaiskuva ja kokonaisvaltainen hoitotyö kärsivät. Omahoitaja tarvitsee hoitotyön toteuttamisen taustalle tukea, palautetta ja apua muilta työyhteisön jäseniltä. Tiimi voikin toimia niin sanottuna omahoitajan peilinä, voimavarana ja mahdollisuutena. Omahoitajuuden tukena tiimi on velvollinen auttamaan omahoitajaa hänen tehtävässään. (Mäkisalo 1999, 28)

Tiimityö ja vastuuhoidajuus ovat toimiva ja toisiaan tukeva yhdistelmä, niin sanottu lumiukkomalli, jossa rakenteet asettuvat limittäin. Mallissa hoitotyö tapahtuu vastuuhoidajaperiaatteella, mutta sen etuna on kollegiaalisuus, jatkuva tiimin tuki ja läsnäolo. (Koivukoski & Palomäki 85, 86)

Hoitotyössä tiimit ovat useimmiten moniammatillisia. Moniammatillinen tiimi voi koostua esimerkiksi sairaanhoitajista, lähihoitajista, lääkäreistä, fysioterapeuteista ja muista eri ammattialojen edustajista.

Moniammatillisuus hoitotyössä on kuitenkin laajempi ilmiö, kuin mitä olemme perinteisesti tottuneet ajattelemaan. Terveystieteiden ammattilaisten lisäksi siinä työskentelee myös henkilöitä, joilla ei ole terveydenhuollon koulutusta, esimerkiksi ruoka- ja siivoushuollon henkilöstö, joilla on myös suuri merkitys potilaan hoidossa. Potilaat kertovat myös näille ammattiryhmille hoidollisesti merkittävistä asioistaan, sillä usein eivät halua olla häiriöksi kiireiselle hoitohenkilökunnalle. On siis merkityksellistä miten arvostava vuoro-

puhelu toimii jokaisen työyhteisön jäsenen kanssa. (Koivukoski ja Palomäki 2009, 93–94)

Tiimillä on aina oltava tiiminvastaava. Tiiminvastaava on tasavertainen työntekijä muiden tiimin jäsenten kanssa. Hän toteuttaa samaa perustehtävää ja hänen työvuoronsa noudattavat tavallista työvuorokiertoa muun tiimin kanssa. Tiiminvastaava ei siis ole esimies, vaan hän toimii ikään kuin luottamustehtävässä, jonka on ansainnut tiimiltä ja esimieheltään. Tiiminvastaavan työnkuvaan kuuluvat esimerkiksi tiedonvälittäminen, hoitotyön ja tiimin toiminnan kehittäminen, muun tiimin motivoiminen ja innostaminen sekä työn erityispiirteiden huomioiminen. (Koivukoski ja Palomäki 2009, 65, 69)

Tiimityön edellytyksinä voidaan pitää dialogista vuorovaikutusta, jämäkkyyttä ja asioiden kriittistä arviointia, muutosmyönteisyyttä, valmiutta kehittämistyöhön, yhteistyö- ja sitoutumiskykyä, halua oppia uutta ja opitun tiedon jakamista eteenpäin, luovaa ja innovatiivista otetta, hyvää stressinsietokykyä ja omien voimavarojen tunnistamista. (Koivukoski ja Palomäki 2009, 29, 30)

Hyvä ja toimiva tiimi kykenee jonkin aikaa toimimaan myös ilman johtajaa, niin ettei hoidon laatu kärsi. Työntekijöiden on oltava motivoituneita tekemään laadukasta työtä ilman johtajan paikalla oloa. Toiminnan laatu on siis yhteisvastuullista ja -toiminnallista, jonka suoritusten tason tulisi aina olla korkealla. (Mäkisalo 1999, 43)

Väisänen (2008) on tutkinut moniammatillista tiimityötä ja sen johtamista. Väisäsen laatimasta kyselystä ilmeni, että työntekijät kokivat positiivisesti yksilönä olemisensa moniammatillisessa tiimissä. He olivat vastausten perusteella kokeneet arvostusta ja tiimit työnsä voimavarana. Tutkimustuloksista ilmeni myös, että tiimi on riittävästi tukena vaikeissa asiakastilanteissa ja niihin liittyvissä vaikeissa päätöksissä. Tiimit kykenivät päätöksentekoon myös

ristiriitatilanteissa, joita työyhteisöissä tulee eteen väistämättä. Mikäli tiimin toiminta ei vastannut heidän yhteistä päätöstään, siihen oli puututtu. Kokonaisuudessaan kyselyssä ilmeni, että tiimin työskentelyilmapiiri oli hyvä, joka on edellytys toimivalle tiimityölle. (Väisänen 2008, 47, 58)

Silén-Lipponen (2006) kirjoittaa julkaisussaan Tiimityö 2000-luvun leikkausosastoilla, tiimityötä häiritsevistä tekijöistä. Haasteelliset potilastilanteet ja alati muuttuva tiimin kokoonpano vaikuttavat häiritsevästi tiimin toimintaan. Kollegiaalisuuden puute ja tunne tiimiin kuulumattomuudesta, sekä työskentely erikoisaloilla joista oli vähemmän kokemusta, koettiin tutkimuksen mukaan tiimityön onnistumista estävinä tekijöinä. (Silén-Lipponen 2006)

### 3.2 Tiimistä työpariksi

Seinän ja Helanderin kirjassa, Tiimeistä työpareiksi (2007), puhutaan tiimimyytistä. Kirjoittajat eivät halua teoksessaan romuttaa kokonaan ajatusta tiimityöstä, mutta kirjassa esitetään tiimityön ansa. Ansa piilee ajattelussa, että tiimi vastaa, hoitaa ja päättää. Kuitenkin usein tiimin jäsenet vetäytyvät vastuusta ajatellen, että joku jäsenistä kuitenkin hoitaa hoidettavan asian ja niin käykin, joku tunnollinen työntekijä, joka voi olla usein sama henkilö, hoitaa asiat tai vaihtoehtoisesti voi käydä niin, että asiat kasaantuvat koko tiimin ylle. (Seinä & Helander 2007, 15)

Tiimi- ja työparityöskentely tarvitsevat toimiakseen periaatteet ja pelisäännöt. Tiimityön ja työparityöskentelyn toimivuuden kriteerit ovat pitkälti samoja. Seinä ja Helander ovat kirjassaan ottaneet tiimin periaatteiksi esimerkiksi Katzenbachin ja Smithin kuvauksen niin sanotusta tehotiimin periaatteista. Seinän ja Helanderin mukaan tiimityön periaatteet eivät pelkästään istu työpari-

työskentelyyn, vaan ovat edellytys kahdenväliseen dialogiin. (Seinä & Helander 2007, 16)

Työparitoiminnan isona etuna voidaan pitää toiselta oppimista. Toiselta oppiminen tapahtuu luonnonmukaisesti, sillä se liittyy työparin normaaliin ja autenttiseen arkityöskentelyyn sekä siihen liittyvään parin yhteiseen suunnitteluun, arviointiin ja dialogiin. Työpareilla kummallakin on oma ammatillinen historiansa, erilaista osaamista ja kokemusta, joiden avulla osaamisen kokonaisuus on enemmän kuin yksin työskenneltäessä. (Seinä & Helander 2007, 23, 24)

Laitinen (2014) on tutkinut työparityöskentelyn etuja. Tehtiin työtä sitten tiiviisti työparina tai itsenäisemmin ja tarvittaessa pareina, on parityöskentelyssä etunsa. Parityöskentely mahdollistaa työntekijöiden kokemusten, asioiden, tunteiden ja vastuun jakamisen. Yhdessä pohtiminen ja oikeiden ratkaisujen löytäminen keventävät työtaakkaa, mutta mahdollistavat samalla myös laajemman näkökulman asioiden tarkastelussa. Parhaimmillaan työparityöskentelyllä saadaan lisätehoa työhön, sillä parina työ hoituu mahdollisesti nopeammin, tästä on apua etenkin kiireisissä tilanteissa. Työparityöskentely on oivallinen tapa oppia vastavuoroisesti uutta, siten oma ammatillinen kasvu kehittyy jatkuvasti, samoin myös joidenkin rutiinien muodostuminen estyy tai niiden automaattinen toteuttaminen on mahdotonta, kun kummallakin on oma tapa tehdä työtä. Hoitotyössä on myös sellaisia tilanteita jolloin työparin läsnäolo luo turvallisuudentunnetta kaikille tilanteessa oleville osapuolille. Työpari turvaa selustaa ja samalla asioiden käsittely ja jälkipuinti tilanteen jälkeen on hedelmällisempää. (Laitinen 2014, 89, 91)

Työparisuhde on asteittain kehittyvä, joilla on kaikilla omat tunnuspiirteensä. Työparisuhde alkaa tunnustelulla, jossa kummatkin hakevat vielä omaa paikkaansa myönteisessä ja odottavassakin ilmapiirissä, ja jatkuu aina vaihteittain

kiinteytyneeseen suhteeseen, jossa ollaan avoimen tietoisia omasta ja parin paikasta. Tällöin myös yhteinen tavoite on selkeä ja parilla on yhteinen päämäärä. (Seinä & Helander 2007, 30)

Työparityöskentelyssä on myös haasteensa, joista suurimpia on tavoitteenmukaisen toiminnan ylläpitäminen ja tunneilmapiirin hoitaminen. Mikäli nämä haasteet ovat tiedostettuja ja niihin on uskallusta vaikuttaa, niin onnistuneen parityön peruspilari on kunnossa. Usein käy niin, että kielteisesti vaikuttaviin ilmiöihin on suuri kynnys puuttua, jolloin työpari saattaa jumiutua samalle suhteen kehitystasolle, jopa pysyvästi. (Seinä & Helander 2007, 30,31)

Työparien välille mahdollisesti syntyvä kilpailuasetelma ja parien keskinäinen valtataistelu on yksi pulma työparitoiminnassa. Riittämätön kommunikaatio ja sekaannukset saattavat johtaa siihen, että kolmas osapuoli, tässä tapauksessa potilas, hämmentyy. (Seinä & Helander 2007, 55)

Niin kuin hoitotyössä yleensäkin, niin työparitoimintaa ja sen sujuvuutta auttavat kollegiaalisuuden arvot, joita ovat luottamus, tasa-arvoisuus, oikeudenmukaisuus ja kohtuus. Kollegiaalisuus kuuluu sairaanhoitajan ammatteettisiin velvollisuuksiin. Sairaanhoitajien on tuettava toisiaan päätösten tekemisessä, ammatillisessa kehittämisessä sekä työssä jaksamisessa. Sairaanhoitajan velvollisuuteen kuuluu puuttua myös siihen, jos kollegan toiminta on uhkana potilasturvallisuudelle. (Arala, Suutarla, Tilander, Kangasniemi & Haapa 2015, 11, 19)

### **3.3 Yksilövastuinen malli**

Hjerppen (2008) mukaan Stevenin (1999) näkemys yksilövastuisen hoitotyön käsitteen määrittely ei ole yksinkertaista, koska käsitteistä, yksilövastuinen hoitotyö, vastuuhoidajamalli ja omahoitajuus, ei ole olemassa tarkkaa määrit-

telyä ja käsitteet ovat myös toistensa synonyymeja. Eri osastoilla käytetäänkin eri ilmaisuja samankaltaisista toimintatavoista. Tässä työssä käytämme käsitettä yksilövastuinen hoitotyö.

Yksilövastuinen malli on kirjallisuuden mukaan saanut alkunsa vuonna 1963 New Yorkissa ja Suomeen se alkoi levitä 80-luvulla. (Voutilainen & Laaksonen 1994, 76) Toimintamalli alkoi kehittyä kun hoitajat kokivat työnsä pirstoutuneeksi ja tehtäväkeskeiseksi, varsinkin sairaanhoitajan toimenkuva oli tehtäväpainotteista, eikä potilaskontakteja juurikaan ollut. Toiminta koettiin hajanaiseksi, kun samoja potilaita hoiti usea hoitaja tehden vain jonkin osan hoidosta esimerkiksi lääkkeet, perushoito, lääkärinkierto ja raportointi saattoivat olla eri hoitajien vastuulla. Potilaan hoidon raportointi oli varsin työlästä edellä mainituista syistä. Haluttiin siis luoda toimintatapa jossa yksi hoitaja hoitaa kokonaisvaltaisesti potilasta. (Voutilainen & Laaksonen 1994, 76) Yksilövastuisen mallin peruspiirteitä on neljä: vastuullisuus, autonomia, koordinointi ja kattavuus (Hegyvary 1987, 17).

Yksilövastuisessa mallissa potilaan hoidon päävastuu on nimetyllä omahoitajalla ja hän tekee potilaan hoitoa koskevat päätökset niiden valtuuksien sisällä mitkä koulutus ja toimintatavat antavat. Omahoitajan lisäksi potilaan hoitoon toki osallistuu useita muitakin henkilöitä, mutta päävastuu hoitoon liittyvissä päätöksissä ja toiminnoissa on omahoitajalla. Omahoitajan tehtävä on raportoida muille hoitajille potilaan hoitoa koskevista asioista ja näin varmistaa hoidon jatkuminen kaikissa työvuoroissa sovitulla ja suunnitellulla tavalla. (Hegyvary 1987, 18)

Tähän malliin on sittemmin tehty paljon muutoksia ja erilaisia variaatioita on kehittynyt ikään kuin itsestään.

Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymän julkaisemassa seurantatutkimuksessa kuvattiin yksilövastuisen hoitotyön toteutumis-



ta potilaiden ja hoitajien arvioimana. Tutkimukseen osallistuivat operatiivisten, konservatiivisten sekä psykiatristen osastojen potilaat, joista harkinnanvaraisella otannalla valittiin 500 potilasta. Hoitohenkilökunnasta työssä oli 526 työntekijää, joista kyselyyn vastasi 377. Hoitohenkilökunnasta 48 % työskenteli yksilövastuuisen hoitotyön mallin mukaisesti. Tutkimuksen mukaan yksilövastuinen malli tarjosi parhaimman mahdollisuuden potilaan osallistumiselle omaan hoitoonsa sekä hoidon potilaskeskeisyydelle ja jatkuvuudelle. Myös hoitajat kokivat, että yksilövastuinen malli oli toimivin potilaskeskeisyyden, vastuullisuuden ja itsenäisyyden kannalta. (Ryhänen 2006)

Yksilövastuuisesta hoitotyöstä useimmin nykyään käytössä oleva malli on vuorokohtainen omahoitajuus. Vuorokohtaisessa mallissa on potilaalla aina nimetty hoitaja joka vaihtuu työvuorojen mukaan. Toki pyritään siihen, että potilasta hoitaisi sama hoitaja useamman vuoron ajan. Työyhteisön henkilöstörakenteesta riippuen on tässäkin mallissa erilaisia variaatioita, perus- / lähihoitaja voi toimia omana hoitajana mutta työparina voi olla sairaanhoitaja, joka toteuttaa sellaiset hoitotyön toiminnot mitä omahoitaja ei voi tehdä, esimerkiksi suonensisäinen lääkehoito. Päävastuu potilaan hoidosta on kuitenkin tässäkin tapauksessa perus- / lähihoitajalla. (Hegyvary 1987)

## **4 Osaamisen varmistaminen ja arviointi**

Työelämä vaatii jatkuvaa oppimista ja kehittymistä. Oppiminen alkaa jo työhaastattelussa, jossa työntekijä pääsee perille työstä, työyhteisöstä, työskentelymenetelmistä ja muista työhön liittyvistä asioista. Työntekijä saa uudessa työssään valmiudet työhön opastuksella ja perehdytyksellä, jonka jälkeen oppimista ja kehitystä vaalitaan täydennyskoulutuksin. Työyhteisön kehityksen

tukeminen sisältää myös kehityskeskustelut, mahdolliset työnohjaukset ja koko työyhteisön käsittäviä kehittämisprojekteja. (Laaksonen ym. 2005, 139)

Terveystenhuoltolaissa (1326/2010, 8 §) sanotaan, että terveydenhuollon on oltava näyttöön ja hyviin hoito- sekä toimintakäytäntöihin perustuvaa toimintaa. Lisäksi sen tulee olla laadukasta, turvallista sekä asianmukaisesti toteutettua.

Näyttöön perustuva hoitotyö on hoidon yhtenäistämistä sekä yksittäisen työntekijän päätöksentekoon perustuvaa toimintaa. Hoitotyön yhtenäistämisen tarkoittaa parhaaseen mahdolliseen tutkimusnäyttöön perustuvaa hoitoa, riippumatta potilaan taustoista tai hoitopaikasta. Tämä koskee myös terveyden edistämisen jatkuvaa kehittämistä. Näyttöön perustuva hoitotyö ja sen tarjoamat yhtenäiset hoitokäytännöt sekä paras saatavilla oleva tutkimustieto takaavat yksittäisellekin työntekijälle tuen käytäntöön ja päätöksentekoon. Aina ei kuitenkaan ole saatavilla valmiiksi arvioitua tutkimusnäyttöä hoitajan päätöksen tueksi, jolloin voidaan hyödyntää myös yksittäisiä tutkimuksia. Hoidon yhtenäistäminen ja yksittäisen työntekijän päätöksenteko ovat toisiinsa tukevia, eivätkä poissulkevia. (Hotus)

Näyttöön perustuvan hoitotyön yksi edellytys on kollegiaalinen toiminta. Hoitotyössä tiedon jatkuva ja nopea uusiutuminen ja teknologian kehittyminen haastavat kehittämään yhteistyötä ja jakamaan osaamista. Kollegiaalisissa työyhteisöissä oppiminen on jatkuvaa, dialogiin perustuvaa ja erilaisten näkökulmien ja osaamisten reflektointia. (Aalto, Koskimaa, Kurtti & Sillanpää 2015, 45)

Näyttöön perustuva toiminta ja ammatillinen osaaminen sekä kehittyminen edellyttävät työntekijöiltä jatkuvaa tiedon ja käytännön taitojen kartuttamista.

Terveysthuoltolaissa (1326/2010, 5 §) täydennyskoulutusvelvoite määritellään siten, että kunnan tai sairaanhoitopiirin kuntayhtymän on huolehdittava terveydenhuollon henkilöstön riittävästä täydennyskoulutuksesta. Koulutuksen sisältö vaihtelee riippuen koulutettavan henkilöstön peruskoulutuksesta sekä työnkuvan ja tehtävien vaativuudesta ja sisällöstä.

Myös osastonhoitajalla on suuri merkitys sairaanhoitajan kliinisen osaamisen tukijana ja edistäjänä. Osastonhoitaja vastaa koko työyksikön osaamisen vahvistamisesta, tarjoaa organisaation tarjoamia välineitä ja auttaa niiden hyödyntämisessä. Lisäksi hän valmentaa sairaanhoitajaa vahvistamaan ja ylläpitämään kliinistä osaamistaan tarjoamalla koulutuksia, huomioiden jokaisen sairaanhoitajan yksilölliset kehittämistarpeet. (Laaksonen 2008)

Kosken (2008, 54) mukaan esimiesten ja työntekijöiden väliset kehityskeskustelut ovat tärkeä osa esimiestyötä, johtamisen ja henkilökunnan kehittämisen kannalta. Tutkimuksen mukaan kehityskeskusteluja pidettiin tarpeellisina ja luottamuksellisina tilanteina, joiden aikana esimies ja työntekijä kartoittivat ja arvioivat yhdessä työntekijän jo olemassa olevaa osaamista sekä pohtivat kehittämistarpeita. Kehittämiskeskustelujen avulla nähdään työntekijän vahvuudet ja pystytään laatimaan hänen henkilökohtaiset kehittämistarpeet- ja tavoitteet sekä toimenpiteet niiden saavuttamiseksi.

Osaamisen johtaminen ei ole ainoastaan esimiehen vastuulla, vaan työntekijä itse on myös vastuussa omasta ammattitaidostaan, sen arvioinnista ja kehittämisestä. Ilman työntekijän omaa motivaatiota, ei esimies kykene vahvistamaan työntekijän ammatillista kehitystä. Jotta työntekijöiden itsensä kehittämisestä tulisi mielekäs ja innostava toimintatapa, tulisi mahdollisesti kehittää myös kannustimia, joilla innostaa työyhteisön jäseniä jatkuvaan ammatilliseen kasvuun ja kehitykseen sekä tieto- taitojensa ajantasaistamiseen. (Koski 2008, 62)

Sairaanhoitajan osaamisen arvioinnissa ja kehittämisessä voidaan käyttää myös vertaisarviointia, jolloin työntekijät arvioivat vertaisensa työskentelyä. Vertaisarviointi tarjoaa työntekijöille kollegiaalista tukea ja laajentaa näkökulmia työhön ja omaan osaamiseen. (Kotila 2012)

## **5 Opinnäytetyön tavoitteet ja tarkoitus**

Opinnäytetyömme tarkoitus on perehtyä hoitotyön työnjaon historiaan sekä nykyisyyteen, ja sen pohjalta pohtia miten pystymme tarjoamaan laadukasta ja turvallista hoitoa kaikille potilasryhmille tulevaisuuden sairaalassa. Terveystieteiden ja sairaanhoidon uudistukset, kasvavat potilasryhmät sekä henkilöstöresurssit vaativat hoitohenkilökunnalta vankkaa ja entistä laajempaa osaamista. Tarkoituksenamme on teorian pohjalta pohtia, mikä olisi toimiva, turvallinen ja potilaslähtöinen työnjakomalli tulevaisuuden sairaalahoidossa vuodeosastoilla sekä kuinka osaaminen jatkossa varmistetaan.

Tavoitteemme on, että työmme antaisi vastauksen seuraaviin kysymyksiin:

- Millaisia malleja työnjaossa on käytetty?
- Millainen malli palvelisi tulevaisuudessa työnjaossa vuodeosastoilla?

## 6 Opinnäytetyön toteutus

### 6.1 Kirjallisuuskatsaus

Tutkimuksen teoreettinen perusta on laadittu kirjallisuuskatsauksena, jonka tarkoitus on selventää, miten tutkittavaa asiaa on aikaisemmin tutkittu, mistä näkökulmista ja miten suunnitelmassa oleva tutkimus mahdollisesti liittyy jo olemassa oleviin tutkimuksiin. Kirjallisuuskatsauksessa keskitytään olennaiseen kirjallisuuteen, kuten lehtiartikkeleihin, tutkimuselosteisiin sekä muihin aiheen kannalta keskeisiin julkaisuihin. (Hirsjärvi ym. 1997, 111 - 112) Kirjallisuuskatsauksen tavoitteena on kehittää jo olemassa olevaa tietoa ja luoda uutta teorian tietoa aiheesta. Sen avulla voidaan arvioida teoriaa, luoda kokonaiskuvaa asiakokonaisuuksista, tunnistaa ongelmia ja myös kuvata jonkin tietyn teorian historiallista kehitystä. (Salminen, A. 2011,6 [Baumeister & Leary 1997])

On olemassa erityyppisiä kirjallisuuskatsauksia. Kirjallisuuskatsauksen kolme perustyyppiä ovat kuvaileva kirjallisuuskatsaus, systemaattinen kirjallisuuskatsaus sekä meta-analyysi (Salminen 2011, 6).

Opinnäytetyössämme käytämme menetelmänä kuvailevaa kirjallisuuskatsausta, vielä tarkemmin narratiivista yleiskatsausta. Narratiivinen kirjallisuuskatsaus on usein lyhyehkö kirjallisuuskatsaus, jonka aineisto on suppea ja lähteitä on käytetty vähän (Salminen 2011, 7). Narratiivinen yleiskatsaus on edellä mainittua laajempi kokonaisuus ja prosessi, jonka tarkoituksena on tiivistää aiempia tutkimuksia. Narratiivisen kirjallisuuskatsauksen aineistoa hankittaessa ei niiden valitsemiseksi tehdä erityisen systemaattista seulaa. Tästä huolimatta tätä menetelmää käyttäen on mahdollista päästä johtopä-

töksiin. Narratiivinen katsaus ei tarjoa varsinaista analyttistä tulosta, mutta auttaa tutkimustiedon ajantasaistamisessa. (Salminen 2011, 7)

## 6.2 Tutkimusaineiston hankinta

Tutkimusaineiston hankinta aloitettiin alun perin toukokuussa 2014. Silloin tarkoituksenamme oli tehdä toiminnallinen opinnäytetyö. Silloista työtä ajatellen luotiin kyselykaavakkeet jotka lähetettiin usean eri sairaalan osastonhoitajille. Aikataulullisten ja monien muiden syiden johdosta kuitenkin luovuin tästä ajatuksesta ja päädyimme tekemään narratiivisen yleiskatsauksen.

Tutkimusprosessi alkoi muokkautua huhti-, toukokuussa 2015, jolloin aloimme pohtia mitä asiasisältöjä halutaan nostaa esille.

Aluksi etsimme asiasanahakemistojen perusteella oikeita hakusanoja erilaisille ammattikielessä käytetyille termeille. Useita yleisesti käytössä olevia sanoja ei löytynyt hakemistoista lainkaan, tai niiden tarkoitus ei vastannut tarkoitusta. Tässä vaiheessa olisi varmasti ollut viisasta pyytää apua kirjaston informaatiokolta, mutta valitettavasti näin emme ajoissa ymmärtäneet toimia, vaan jatkoimme asian työstämistä itsenäisesti.

Hakusanoiksi valikoimme sitten parhaiten tutkimuksen tarkoitusta vastaavia sanoja ja niillä aloitettiin alustava haku, joka tuotti paljon tuloksia, joten karsintaa tehtiin alustavassa vaiheessa melko tiukoin perustein.

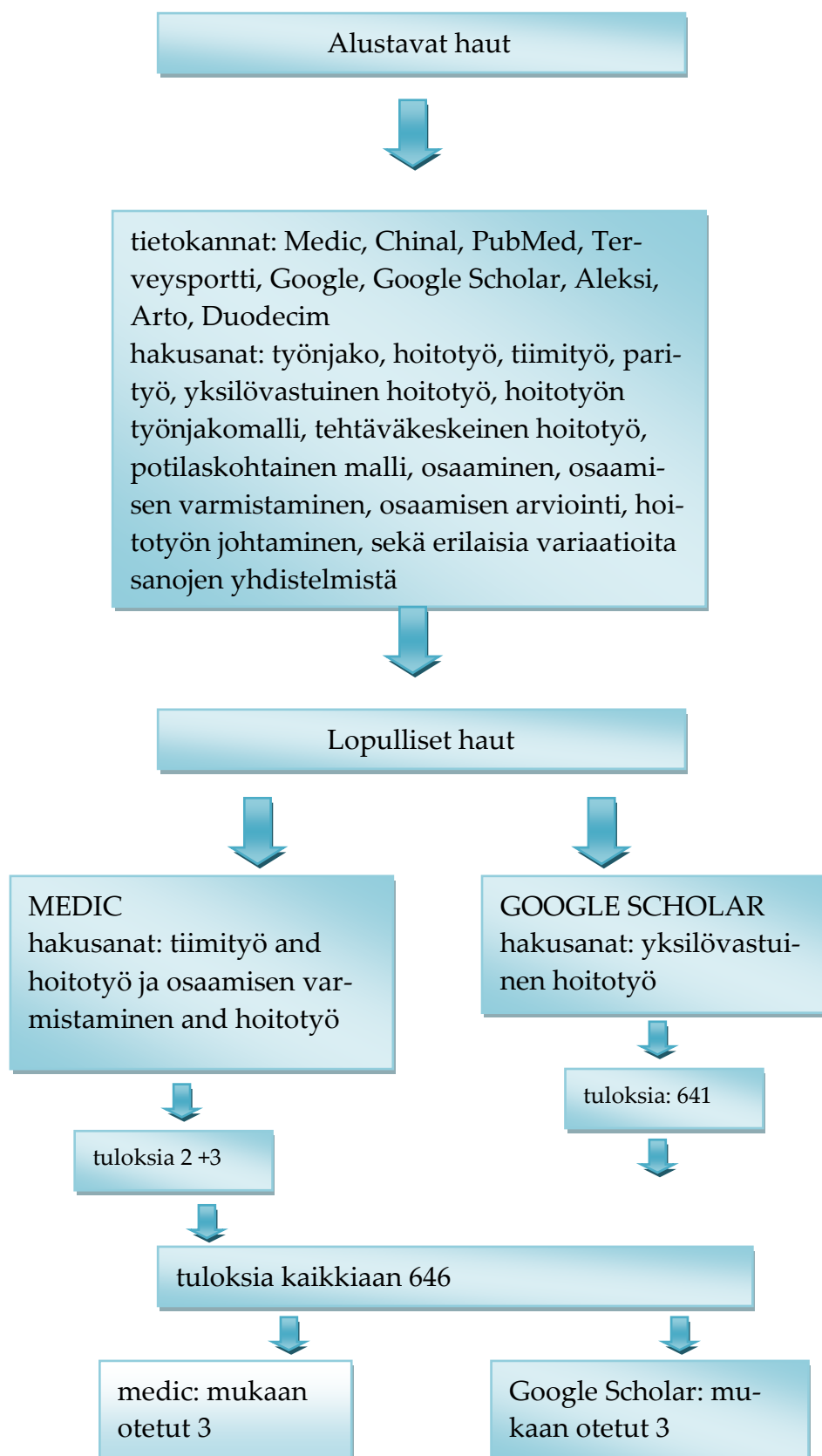
Lopulliseen hakuun sisällytettiin kaksi tietokantaa ja lopulliset asiasanat (Kuvio 1).

Lopullisessa haussa Medic antoi melko niukasti tuloksia, jotka olivat kyllä laadukkaita ja asiaan kuuluvia. Google Scholar antoi tuloksia paljon, mutta niistä valtaosa ei vastannut työn sisäänottokriteereitä tai aineisto oli sisällöltään työn tarkoituksiin soveltumatonta. Kuten jo aiemmassa luvussa on esitetty, ei narratiivisen yleiskatsauksen aineiston keruu ole yhtä systemaattista, kuin systemaattisen kirjallisuuskatsauksen ja tästä johtuen mukaan otettiin tutkimuksia ja artikkeleita myös haun ulkopuolelta. Ulkopuolelta otetut tutkimukset ja artikkelit tulivat esiin mukana olleiden tutkimuksien lähdeviitteistä ja sisällöltään olivat työhön hyvin soveltuvia.

Tutkimusaineiston hankinta ja valinta ovat kuvattuina Kuvio 1 ja Taulukko 1. Kaiken kaikkiaan tutkimukseen otettiin tarkasteltavaksi yhdeksän tutkimusta ja kaksi artikkelia sekä kaksi toissijaista viittausta ulkomaisiin tutkimuksiin, jotka olivat sisällytettyinä mukana olevissa tutkimuksissa.

Hakutuloksista mukaan otetut tutkimukset, niiden tekijät ja keskeisimmät tulokset ovat esitettyinä Liitteessä 1.

KUVIO 1





Taulukko 1

Sisäänottokriteerit	Poissulkukriteerit
- Julkaisuvuosi 2005-2015	- Vuotta 2005 vanhemmat julkaisut
- pääasiassa verkkojulkaisut ja ilmainen full text -aineisto	- maksullinen full text -aineisto
- Julkaisukieli Suomi	- Ulkomaiset julkaisut
- Tutkimukset, ja julkaisut ammattilehdissä	- AMK- opinnäytetyöt
- Aineisto vastasi tutkimuskysymyksiin	- Aineistot eivät vastanneet tutkimuskysymyksiin

### 6.3 Tutkimusaineiston analyysi

Tutkimuksen aineisto analysoitiin sisällönanalyysimenetelmin, käyttäen teoriaohjaavaa analysointia. Teoriaohjaavassa analysoinnissa on olemassa olevan teorian pohjalta ja tutkimuskysymysten perusteella luotu peruskäsitteet joihin tutkimusaineistosta haluttiin löytää vastauksia. Analysointia varten tarvitaan analyysirunko johon tutkimuskysymykset luovat kategoriat joihin vastauksia etsittiin tutkimusaineistosta. Analyysirunko voi olla muuttuva ja siihen voidaan sisällyttää myös alkuperäiseen runkoon kuulumattomia tutkimuskysymyksiä. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 113, 117) Analyysirungon sisään asetettujen kysymysten perusteella etsitään valituista tutkimuksista siihen soveltuvia tuloksia. Analyysi voi myös edetä siten, että tutkittavaa aineistoa lukiessa tutkija vasta aineiston luettuaan ikään kuin pakottaa sen soveltumaan valitsemaansa teoriaan analysoinnin edetessä. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 117)

## **7 Opinnäytetyön tulokset**

### **7.1 Potilaskohtainen malli**

Potilaskohtaisesta mallista emme tutkimuksia juurikaan löytäneet. Toisaalta malli on hyvin vanha, eikä sen käyttöönotto nykypäivänä ole tarkoituksenmukaista, muutoin kuin osittain esimerkiksi kotisairaanhoidossa, jossa sielläkin käynnit ovat lyhyitä ja tehtäväkeskeisiä. Lisäksi työmme käsittelee työnjakoa nimenomaan vuodeosastoilla, joten malli ei siitä näkökulmasta vaadi sen enempää esittelyä, eikä tutkimusten tarkastelua.

Eloranta (2006) sivutti pro gradussaan potilaskohtaista hoitotyötä ja mainitsi siinä, että Tiedemannin ja Lookinlandin (2004) mukaan kyseinen malli oli tehtäväkeskeistä ja ryhmätyötä laadukkaampaa. Yksilövastuinen hoitotyö oli kuitenkin näistä malleista laadukkainta. Vaikka potilaskohtainen hoitotyö oli yksilövastuista hoitotyötä halvempaa, niin halvimmaksi tuli kuitenkin ryhmätyönä toteuttava hoitotyö.

#### **7.1.1 Tehtäväkeskeinen malli**

Tehtäväkeskeisessä hoitotyössä oli paljon ongelmia. Työtehtävien pirstominen tehtäväkohtaisesti aiheutti sen, että potilaan luona kävi useita hoitajia vuoron aikana. Näin ollen on mahdotonta, että kokonaiskuvaa potilaan tilanteesta syntyisi kenellekään hoitajista, jolloin potilaslähtöinen hoitotyö ei ole mahdollista.

Hjerppen (2008) tutkielmasta ilmenee Mantheyn alkaneen kehittää uutta hoitotyön mallia tehtäväkeskeisen ongelmallisuuden vuoksi. Ongelmiksi kuvattiin mm. vastuullisuuden puute, kommunikaation vaikeus ja juurikin tehtävien pirstoutuminen. (Hjerppe 2008, 3)

### **7.1.2 Tiimityön malli**

Hoitotyössä, etenkin vuodeosastoilla, tiimityö on usein moniammatillista. Tiimityön eduiksi on tutkimuksissa kuvattu muulta tiimiltä saatu tuki vaikeissa tilanteissa ja hankalissa päätöksenteoissa. Tiimi koettiin tukena ja vahvuutena. Yksilötasolla tiimin jäsenenä oleminen koettiin positiivisesti. Tiimi jäsenet kokivat saavansa arvostusta muilta työyhteisön jäseniltä ja he kokivat tiimin voimavarana työlleen. (Väisänen 2008)

Tiimityön häiritseviksi tekijöiksi on Silén-Lipposen julkaisussa kuvattu muuttuva tiimin kokoonpano, vaikeat potilastilanteet, kollegiaalisuuden puute sekä tunne tiimiin kuulumattomuudesta. Yhtenä suurena haasteena tiimityölle nähtiin työskentely erikoisaloilla, joista työntekijällä on vähän kokemusta. (Silén-Lipponen 2006)

### **7.1.3 Parityöskentelyn malli**

Työparityöskentelyn suurena etuna on asioiden jakaminen. Laitinen (2014) on tutkinut asiaa. Tutkimuksesta ilmenee, että parityöskentely mahdollistaa kokemusten, asioiden, tunteiden ja vastuun jakamisen. Yhdessä tekeminen ja asioiden pohtiminen keventävät työtaakkaa sekä antavat työntekijöille laa-

jemman näkökulman työhön ja asioiden tarkasteluun. Parityöskentelyllä voidaan saada työhön lisätehoa, sillä monet työtehtävät hoituvat yhdessä tehden nopeammin, josta on apua etenkin kiireen keskellä. Työparityöskentelyn yhtenä etuna voidaan pitää toiselta oppimista. Parityö mahdollistaa vastavuoroisen oppimisen, jolloin ammatillinen kasvu kehittyy jatkuvasti. Tällöin myös joidenkin rutiinien muodostuminen estyy tai ainakin niiden automaattinen toteuttaminen on mahdotonta, koska jokaisella työntekijällä on oma tapansa tehdä työtä. Työparin läsnäolo luo myös turvallisuudentunnetta kaikille tilanteen osapuolille. Työpari turvaa tarvittaessa myös selustaa ja mahdollistaa hedelmällisemmän jälkipuinnin tilanteiden jälkeen. (Laitinen 2014)

#### **7.1.4 Yksilövastuinen malli**

Pohjois- Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymä on julkaissut seurantatutkimuksien, jossa kuvattiin yksilövastuisen hoitotyön toteutumista potilaiden ja hoitajien arvioimana. Sen mukaan yksilövastuinen hoitotyö tarjosi parhaimman mahdollisuuden potilaan osallistumisella omaan hoitoonsa. Myös potilaskeskeisyys ja hoidon jatkuvuus mahdollistuivat parhaiten tässä mallissa. Hoitajat kokivat myös, että yksilövastuinen malli oli toimivin vastuullisuuden ja itsenäisyyden kannalta. (Ryhänen 2006)

#### **7.1.5 Osaamisen varmistaminen ja arviointi**

Työyhteisön ja yksittäisen työntekijän kehityksen tukeminen koostuu usein kehityskeskusteluista, mahdollisesta työnohjauksesta ja koko työyhteisöä koskevista kehittämisprojekteista (Laaksonen ym. 2008). Osastonhoitajan

osuus sairaanhoitajan kliinisen osaamisen tukijana on merkityksellinen. Hän vastaa koko työyhteisön osaamisen vahvistamisesta sekä tarjoaa työntekijöille organisaation tarjoamia välineitä kehittymiseen ja auttaa hyödyntämään niitä. Lisäksi osastonhoitaja toimii sairaanhoitajan valmentajana kliinisen osaamisen vahvistamisessa ja ylläpitämisessä tarjoamalla koulutuksia, huomioiden työntekijän yksilölliset tarpeet. (Laaksonen 2008)

Kosken (2008) tutkimuksesta ilmeni, että työntekijän ja esimiehen väliset keskustelut ovat niin esimiestyön ja johtamisen kannalta tärkeitä, kuin myös henkilökunnan kehittämisen kannalta. Tutkimuksen mukaan kehityskeskustelut koettiin tarpeellisina ja luottamuksellisina tilanteina, joissa työntekijä yhdessä esimiehen kanssa kartoitti ja arvioi työntekijän osaamista sekä pohtivat kehittämistarpeita. Kehityskeskusteluiden avulla pystytään näkemään työntekijän vahvuudet sekä kyetään laatimaan hänen henkilökohtaiset kehittämistarpeensa, tavoitteensa ja tarvittavat toimenpiteet niiden saavuttamiseksi.

## 8 Pohdinta

Aikojen saatossa niin itse hoitotyö kuin siinä tapahtuva työnjakokin ovat muuttuneet paljon. Potilaskohtaisesta mallista on kuljettu eteenpäin toimivampiin, tehokkaampiin ja potilaskeskeisempiin malleihin. Nykytilanne vaatii hoitajilta entistä vankempaa ja laajempaa osaamista. Potilasryhmät ovat isompia, monisairaampia ja moniongelmaisempia, resurssit eivät ole kaikkialla kohdallaan ja vaihtuvuus on suuri, niin työntekijöissä kuin potilaissakin. Mikäli eri erikoisalojen raja-aitoja pyyhittäisiin pois tulevaisuuden sairaalois-

sa, olisi osaaminen ja sen varmistaminen erityisen tärkeää laajenevissa tehtäväkuvissa ja osaamistarpeissa.

## 8.1 Johtopäätökset

Potilaskohtainen ja tehtäväkeskeinen työnjako ei toimivuudeltaan vastaa enää nykypäivän tarpeisiin. Etenkään vuodeosastoilla tehtäväkeskeinen malli ei olisi toimiva, eikä potilaskeskeinen. Tehtäväkeskeinen työnjako hankaloittaisi niin tiedonkulkua, kommunikaatiota, kuin myös potilaan kokonaiskuvan hahmottamista. Tehtäväkeskeinen työnjako ei mahdollista potilaskeskeistä työtä, jonka pitäisi nykypäivän sairaanhoidossa olla hoidon kulmakivenä. Mielestämme tehtäväkeskeinen hoitotyö rajaa pois myös jatkuvan, työn ohella tapahtuvan oppimisen ja herkästi saattaa työntekijän toimimaan tiettyjen rutiinien ja normien sisällä ajattelematta hoitotyön ja potilaan kokonaiskuvaa. Sama tapahtuu, mikäli hoitotyötä toteutettaisiin ”kaikki tekevät kaikkea” -periaatteella. Tehokas, kokonaisvaltainen ja turvallinen hoitotyö vaatii toimintaan jonkinlaiset raamit, säännöt ja yhteisen, kaikkien tiedossa olevan tavoitteen.

Nykyisin paljon käytössä oleva tiimityön malli toimii yksilötasolla, mutta myös koko työyhteisön toiminnan tukena. Tiimityössä työ hoidetaan kirjaimellisesti tiimin voimin, vaikka varsinainen potilastyö tapahtuisikin omahoitajaperiaatteella. Se, että myös jostain syystä puuttuvan työntekijän työt hoidetaan, takaa sen ettei töitä jää tekemättä ja potilaita hoitamatta. Teoriassa vastuu tehdystä työstä on koko tiimillä, vaikka käytännössä osa työstä saattaa jäädä esimerkiksi yhden työntekijän harteille. (Laaksonen ym. 2005) Onkin erittäin tärkeää, että tiimin jäsenet ymmärtävät tiimin tarkoituksen ja tavoit-

teet sekä sen, että ne ovat koko työyhteisön ja toimivan tiimityön edellytykset josta kaikki hyötyvät.

Vuodeosastoilla hoitotyö tapahtuu useimmiten vuorokohtaisen omahoitajuuden periaatteella, jolloin siis potilaalle on jokaisessa vuorossa nimetty hoitaja. Vuorossa oleva hoitaja vastaa potilaansa kokonaisvaltaisesta hoidosta koko työvuoronsa ajan. Vuodeosastoilla työskentelevät hoitajat tekevät pääsääntöisesti vuorotyötä, jolloin pidempiaikainen omahoitajuus ei toteudu. Vuorokohmainen omahoitajuus mahdollistaa kuitenkin kokonaisvaltaisen hoitotyön ja potilaan kokonaiskuvan hahmottamisen. Vuorokohtaisen omahoitajuuden yhtenä edellytyksenä voidaan pitää tarkkaa ja huolellista kirjaamista sekä raportointia seuraavan vuoron hoitajalle. Potilaan kokonaisvaltaisen hoidon ja tilanteen laaja hahmottaminen helpottavat myös hoitajan työtä, jolloin muutenkin haastava ja paikoin rankka työ ei saa lisänä entistä stressaavampia olosuhteita.

Tutkimusten perusteella, ja myös oman hoitotyön kokemuksemme perusteella voisimme yskantaan todeta käsittelemistämme malleista yksilövastuisen hoitotyön kaikista toimivimmaksi. Asia ei kuitenkaan ole näin yksiselitteinen. Potilaan hoitotyö kokonaisuudessaan vaatii enemmän, kuin vain sen mitä vuoron aikana tapahtuu. Mitä useammalla hoitajalla on näkemys potilaan hoidosta, sitä parempi.

Vuodeosastoilla ei yhdenkään hoitajan ole mahdollista toimia täysin yksilövastuisesti, vaan jokainen tarvitsee ajoittain työparia, toisen hoitajan näkemystä, tukea ja apua. Mielestämme parityöskentelyn edut ovat erittäin suuret hoitotyössä. On tilanteita, joissa tarvitaan automaattisesti kahta hoitajaa tekemään jokin tietty työ, mutta myös niitä yllättäviä tilanteita, jolloin tarvitsee toisen avukseen ja tuekseen toiminnalleen sekä päätöksentekotilanteisiin. Täl-

löin nimitystä työparista on hyötyä toimivan ja turvallisen hoitotyön kannalta. Niin kuin teoriaosuudessamme ja käyttämistämme tutkimuksista voimme todeta, niin työparitoiminnalla on myös se etu, että se mahdollistaa työntekijän jatkuvan ammatillisen kehityksen. Vastavuoroinen toiselta oppiminen oman työn ohella kehittää työpareja ja antaa heille laajempaa näkökulmaa työhön ja eri toimenpiteisiin. Toisen tuki, työskennellään, sitten tiivistä parina tai esimerkiksi tarvittaessa, on tärkeää työn kuormittavuudenkin vähentämisen kannalta. Työpari on apuna, turvana ja tukena tarvittaessa, jolloin vaikeatkin tilanteet ovat helpommin siedettävissä ja niitä voidaan yhdessä pohtia ja purkaa jälkeenpäin.

Ajatellaan nyt tulevaisuuden sairaalaa ja vuodeosastoja, joissa erikoisalojen raja-aitoja on poistettu ja hoitajat toimivat toimialueella, jossa on useamman erikoisalan potilaita. Silén-Lipponen kirjoittaa julkaisussaan Tiimityö 2000-luvun leikkausosastoilla, että yksi tiimityötä estävä tekijä on työskenteleminen erikoisaloilla, joista on vähemmän kokemusta. Tämän ymmärrämme kaikki. Jokainen kokee stressiä ja mahdollisesti ahdistusta siirtyessään epämuakuvuusalueelle, josta on vähän kokemusta ja jossa kuitenkin vastuunkanto on suuri ja kyseessä on työ, jossa toimitaan ihmishenkien parissa. Ajatellaan asiaa vielä vastavalmistuneen hoitajan näkökulmasta, jolla käytännön kokemusta työstä ei vielä ole karttunut. Mikä siihen siis olisi ratkaisuna? Johtopäätöksinä voimme todeta mahdollisen ratkaisun olevan tiimityön, parityön ja yksilövastuun työn yhdistelmä, jolloin päävastuu potilaan hoidosta on vuoro-kohtaisella omahoitajalla, tukenaan työpari ja heidän taustallaan muun tiimin tuki ja läsnäolo. Tiimityön ja parityön, ylipäätään koko hoitotyön kulmakivenä on kollegiaalisuus, jota tulisi työyksiköissä tukea. Kollegiaalisuus, toisen tukeminen, auttaminen, ohjaaminen ja kannustaminen luovat hyvän ilmapiirin työyhteisöön, mikä taas takaa osaltaan motivaation työskentelylle ja parantaa työssä jaksamista.



Työskenneltäessä sellaisella osastolla, missä on usean eri erikoisalalan potilaita, kollegiaalisuus korostuu entisestään. Kukaan ei voi hallita ja osata kaikkea, vaikka perustyö olisikin hoitajan hallinnassa. Esimerkiksi kirurgisella osastolla työpareina tulisi automaattisesti olla eri erikoisalalla työskennelleet hoitajat, jolloin osaaminen ja näkökulmat työhön olisivat laajemmat. Työuransa ortopedisiä potilaita hoitanut hoitaja ei automaattisesti voi olla asiantuntija vaikkapa gastrokirurgisten potilaiden hoidossa. Toinen toistaan tukien ja neuvoen potilaan hoito olisi sujuvampaa ja turvallisempaa. Vieraampia hoitotoimia ja tilanteita tulisi hoitaa parityönä, vaikka potilaan hoito ei muuten kahta hoitajaa vaatisikaan. Tämä ei työn tehokkuuteen vaikuttaisi varmasti juurikaan, sillä yksittäisen hoitajan aika ei kuluisi jonkin tietyn hoitotoimenpiteeseen perehtymiseen ja sen suorittamiseen.

Muun tiimin toiminta ja tarvittaessa tuki sekä avunanto tukisivat työparien toimintaa. Vastavuoroisen avunannon ja yhdessä tekemisen periaate tulisi olla kivijalkana työnteossa osastoilla. Osastotyössä on aina joku jota konsultoida, kukaan ei ole yksin, vaikka päävastuu potilaasta onkin omahoitajalla. Omahoitajalla on myös vastuu hoitaa potilas asianmukaisesti ja turvallisesti, tämä tarkoittaa sitä, että mikäli hoitaja kokee jollakin ammattinsa osa-alueella olevan puutteita, joku toinen on siinä varmasti kokeneempi. Moniammattillisessa tiimissä on aina hoitajia, joilla on erilaista kokemusta ja näkemystä. Tätä rikkautta tulisi osata vielä paremmin hyödyntää.

Vaikka voidaankin todeta, että ”työ tekijäänsä opettaa” -sanonnan sopivan hoitotyöhön, ei hoitajien ammatillista kasvua ja kehitystä voi sysätä ainoastaan arkityön ja työyhteisön harteille. Esimiehellä on myös suuri merkitys hoitajan ammatillisen kasvun ja kehityksen tukemisessa. Esimiehen tulisi antaa työntekijöilleen säännöllisesti palautetta ja kannustaa ammatilliseen kehittämiseen. Työpaikkakoulutusten, hedelmällisten kehityskeskusteluiden ja mah-

dollisen vertaisarvioinnin lisäksi vaativilla ja henkisesti raskailla osastoilla tulisi järjestää työnohjausta, jossa työssä eteen tulleita tilanteita ja mahdollisia ongelmia voidaan yhdessä pohtia ja jakaa.

Lisättäköön vielä, että osaston sisällä tapahtuvan toimivan tiimityön lisäksi, ei pidä unohtaa verkostoituvaa työtapaa potilaan hoidon tukena. Potilaat saattavat olla hyvin monenlaisten palvelujen piirissä, joten verkostotyö on tärkeää hoidon kattavuuden, turvallisuuden ja mahdollisimman suuren hyödyn kannalta.

Yhteenvetona pohdinnastamme voimme todeta, että turvallinen ja laadukas hoitotyö tarvitsee taustalleen riittävän lisäkoulutuksen ja esimiehen tuen lisäksi moniammattillisen ja toimivan tiimityön, tehtiin työtä sitten yksilövastuista, parityönä tai vaihtelevasti kummallakin tavalla. Toimiva tiimityö tarvitsee kollegiaalista, toinen toistaan tukevaa, työtapaa. Tähän voimme vaikuttaa kaikki tahollamme.

## 8.2 Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys

Lähtökohtaisesti tutkimuksissa pyritään välttämään virheiden syntymistä, mutta siitä huolimatta tulosten luotettavuus ja pätevyys voivat vaihdella. Tästä syystä kaikissa tutkimuksissa on pyrkimys arvioida tutkimuksen luotettavuutta. Sen arvioimiseksi on olemassa erilaisia tutkimus- ja mittaustapoja. Tutkimuksen luotettavuuden arvioinnissa puhutaan kahdesta käsitteestä: Reliaabelius ja validius. Reliaabelius, eli mittaustulosten toistettavuus tarkoittaa esimerkiksi sitä, että jos kaksi tutkimuksen arvioijaa päätyy samoihin tuloksiin, voidaan sitä pitää reliaabelina. Reliaabeli tulos ei anna ei-sattumanvaraisia tuloksia. Validius, eli pätevyys taas tarkoittaa sitä, että tutkimuksen tai mittarin kyky on mitata juuri sitä, mitä pitikin. Menetelmät ja

mittarit eivät aina näytä sitä todellisuutta, mitä tutkija itse ajattelee tutkivansa, esimerkiksi käytettäessä kyselylomakkeita voi vastaaja ymmärtää kysymyksen eri tavalla, kuin mitä tutkija on tarkoittanut. (Hirsjärvi ym. 1997, 216 - 217)

Tarkoituksenamme oli alun perin tehdä toiminnallinen opinnäytetyö, jossa mukana oli myös toimeksiantaja. Opinnäytetyömme teoriapohjaa lähdimme koostamaan tämän ajatuksen pohjalta. Kuitenkin monien vaiheiden kautta, esimerkiksi aikataulutusten ja tutkimuslupa- asioiden vuoksi, päädyimme tekemään kirjallisuuskatsauksen. Kirjallisuuskatsauksessa aineiston keruu tapahtuu systemaattisesti ja siten, että hakuprosessin kuvauksen myötä se voitaisiin toistaa. Tämä tuotti ongelmaa, sillä aineisto oli osittain jo kasassa. Toteutimme opinnäytetyömme narratiivisena kirjallisuuskatsauksena, jolloin aineiston keruuta pystyttiin hakemaan myös hakusanojen ulkopuolelta, teoriapohja meillä kuitenkin pysyi samana. Etsimme aineistoa useista tietokannoista, joista lopulta valitsimme kaksi; Medicin ja Google Scholarin. Näistä kahdesta tietokannasta koostimme aineistoa valitsemillamme hakusanoilla ja seuloimme sieltä tutkimuksia, jotka antaisivat vastauksia tutkimuskysymyksiimme.

Aineiston keräämisen hankaluutena oli vaikeus löytää tutkimuksia vanhoista työnjakomalleista, esimerkiksi potilaskohtainen malli ja tehtäväkeskeinen malli eivät tarjonneet tuloksia. Lisäksi halusimme käyttää mahdollisimman uusia tutkimuksia, joten rajauksena meillä oli tutkimukset aikavälille 2005–2015, tämäkin rajoitti osaltaan aineiston saamista kasaan. Toinen merkittävä asia tutkimusten löytämisessä oli se, että yhtenä sisäänottokriteerinä meillä oli suomenkieliset tai suomenkielellä julkaistut tutkimukset ja artikkelit. Tuloksia olisi varmasti saatu enemmän hakemalla myös englanninkielistä materiaalia. Toisaalta taas englanninkielisen materiaalin lukeminen olisi voinut aiheuttaa kohdallamme väärinkäsityksiä ja mahdollisia virhetulkintoja.

Opinnäytetyössämme käsittelemämme tutkimukset ovat pitkälti kokemuspohjaisia tietyn toimintamallin käytöstä ja sen toimivuudesta. Tutkimusten tulokset eivät juuri poikenneet toisistaan. Lisäksi todettakoon, että samaa aihetta käsittelevissä tutkimuksissa käytetyt lähteet ovat hyvin pitkälle samoja.

Opinnäytetyön luotettavuus ja eettisyys syntyy käytetyistä lähteistä ja niiden kunnioittamisesta. Olemme merkinneet tarkasti lähdeviitteet käyttämiimme viittauksiin, emmekä ole suoraan plagioineet tekstejä, vaan pyrkineet omin sanoin tuomaan julki asian mihin viittaamme, kuitenkin sen sisältöä muuttamatta tai vääristelemättä.

### **8.3 Tutkimuksen hyödynnettävyys ja jatkotutkimus ehdotukset**

Opinnäytetyömme on mahdollisesti tutkimusaineistoltaan liian suppea sen suurempaa hyödyntämistä ajatellen, mutta suuntaviittoa se antaa tulevaisuuden osastotyölle.

Jatkotutkimuksena ehdottaisimme kyselytutkimusta erikoissairaanhoidon. Kyselyssä ja tutkimuksessa voitaisiin selvittää, minkälaista lisäkoulutuksen tarvetta eri toimialueiden hoitajat kokevat tarvitsevänsä, mitkä osa-alueet he kokevat vahvuudekseen työssään ja miten heidän mielestään turvallinen ja toimiva hoitotyö taataan tulevaisuuden sairaalassa, jossa hoitajat työskentelisivät osastoilla, joilla on useamman erikoisalan potilaita.

## LÄHTEET

Becker, E. Hahtela, N. & Ranta, I. 2015. Hoitotyön vuosikirja 2015. Kollegiaalisuus hoitotyössä. Suomen sairaanhoitajaliitto ry, Helsinki. Oy Graaf Ab.

Eloranta, A-M. 2006. Yksilövastuisen hoitotyön toteutuminen somaattisilla ajanvarauspoliklinikoilla hoitohenkilökunnan arvioimana. Pro gradu – tutkielma. Tampereen yliopisto, hoitotieteen laitos. Viitattu 31.7.2015.

<https://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/93350/gradu01022.pdf?sequence=1>

Helsingin Diakonissalaitos. Viitattu 6.6.2015.

<https://www.hdl.fi/fi/toiminta/historia/koulutuksen-historiaa>

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 1997. Tutki ja kirjoita. Gummerus Kirjapaino Oy, Jyväskylä 2004.

Hjerppe, M. 2008. Yksilövastuisen hoitotyön toteutuminen omahoitajien arvioimana. Pro gradu-tutkielma. Tampereen Yliopisto. Lääketieteen tiedekunta. Hoitotieteenlaitos. Viitattu 31.7.2015.

<https://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/80430/gradu03423.pdf?sequence=1>

Hoitotyön tutkimussäätiö. Näyttöön perustuva toiminta. Viitattu 31.8.2015.

<http://www.hotus.fi/hotus-fi/nayttoon-perustuva-toiminta>

Iivanainen, A., Jauhiainen, M. & Korkiakoski, L. 1996. Hoitotyön käsikirja. Kirjayhtymä, Helsinki. Tammi.

Koivukoski, S. & Palomäki, U. 2009. Hoitotyön tiimikirja. Helsinki: Silverprint

Korvenranta, H. 2010. Tulevaisuuden sairaala. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim, 2010;126(8):844-5. Viitattu 31.8.2015.

[www.duodecimlehti.fi](http://www.duodecimlehti.fi)

Koski, S. 2008. Pro Gradu-tutkielma Kehityskeskustelu hoitotyön osaamisen johtamisen apuvälineenä. Tampereen yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Hoitotieteen laitos. Viitattu 31.8.2015.

<https://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/79312/gradu02905.pdf?sequence=1>

Kotila, J. 2012. Vertaisarviointi osaamisen kehittämisen menetelmänä hoitotyössä. Pro gradu -tutkielma. Hoitotiede. Hoitotyön johtaminen. Itä-Suomen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Viitattu 31.8.2015.

[http://epublications.uef.fi/pub/urn\\_nbn\\_fi\\_uef-20121012/urn\\_nbn\\_fi\\_uef-20121012.pdf](http://epublications.uef.fi/pub/urn_nbn_fi_uef-20121012/urn_nbn_fi_uef-20121012.pdf)

Laaksonen, A. 2008. Osastonhoitaja sairaanhoitajan kliinisen osaamisen tukijana ja edistäjänä. Pro gradu -tutkielma. Tampereen Yliopisto. Viitattu 31.8.2015.

<https://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/78755/gradu02344.pdf?sequence=1>

Laaksonen, H., Niskanen, J., Ollila, S & Risku, A. 2005. 2. uud. p. Lähijohtamisen perusteet terveydenhuollossa. Edita Prima Oy, Helsinki.

Laitinen, S. 2014. Yksilöllinen tuki ja ohjaus aikuislukiossa: Erityisopettajan ja opinto-ohjaajan työparityöskentely. Erityispedagogiikan Pro gradu – tutkielma. Jyväskylän yliopisto, kasvatustieteiden laitos. Viitattu 6.6.2015  
<https://jyx.jyu.fi/dspace/bitstream/handle/123456789/43845/URN:NBN:fi:ju-201406252156.pdf?sequence=1>

Merkel, Tuija. 2011. Hoitotyöntekijöiden työnjako ja työnsisältö Helsingin terveyskeskuksen sairaaloiden vuodeosastoilla. Pro gradu –tutkielma. Terveystieteiden, Itä-Suomen yliopisto Sosiaali- ja terveysjohtamisen laitos. Viitattu 14.3.2015  
[http://epublications.uef.fi/pub/urn\\_nbn\\_fi\\_uef-20120011/urn\\_nbn\\_fi\\_uef-20120011.pdf](http://epublications.uef.fi/pub/urn_nbn_fi_uef-20120011/urn_nbn_fi_uef-20120011.pdf)

Munnukka, T. 1993. Tehtävien hoidosta yksilövastuiseen hoitotyöhön. Tampereen yliopisto. Väitöskirja. Vammalan kirjapaino Oy, Vammala

Mäkisalo, M. 1999. ”Me teemme sen”: hoitotyöntekijä oman työnsä tutkijana ja kehittäjänä Kirjayhtymä. Tampere: Tammer-paino

Ryhänen, A. 2006. Yksilövastuisen hoitotyön toteutuminen Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymässä. Seurantatutkimus Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymä Operatiivisen hoitotyön palveluyksikkö Joensuu 2006. Viitattu 21.8.2015.  
[http://extra.pkssk.fi/html/tieteellinen\\_kirjasto/isbn9789529793419.pdf](http://extra.pkssk.fi/html/tieteellinen_kirjasto/isbn9789529793419.pdf)

Salminen, A. 2011. Mikä kirjallisuuskatsaus? Johdatus kirjallisuuskatsauksen tyyppeihin ja hallintotieteellisiin sovelluksiin. Vaasan yliopiston julkaisuja. Viitattu 21.8.2015.

[www.uva.fi/materiaali/pdf/isbn\\_978-952-476-349-3.pdf](http://www.uva.fi/materiaali/pdf/isbn_978-952-476-349-3.pdf)

Seinä, S., Helander, J. 2007. Tiimeistä työpareiksi, toiselta oppiminen ja ammatillinen kehittyminen. Hämeen ammattikorkeakoulu. Saarijärven Offset Oy, Saarijärvi.

Silén- Lipponen, M. 2006 Artikkelissa tutkimuksesta: Tiimityö 2000-luvun leikkausosastoilla. Suomen Lääkärilehti 39/2006 vsk. 61. 3994-5. Viitattu 31.7.2015.

Teperi, J. & Vuorenkoski, L. 2015. Artikkelissa: Terveys ja terveydenhuolto Suomessa toisen maailmansodan jälkeen. Duodecim- lehti. Viitattu 6.6.2015.  
[http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=suo00005](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=suo00005)

Terveydenhuoltolaki.

<https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326>

Tilastokeskus. Käsitteet ja määritelmät. Tiimityö. Viitattu 4.8.2015.  
[www.stat.fi/meta/kas/tiimityo.html](http://www.stat.fi/meta/kas/tiimityo.html)

Voutilainen, P. & Laaksonen, K. 1994. Potilaskeskeinen hoitotyö-askel eteenpäin. Helsinki: Kirjayhtymä

Väisänen, T. 2007. Pro gradu- tutkielma. Moniammatillinen tiimityö ja johtaminen. Viitattu 6.6.2015.  
<http://uta32kk.lib.helsinki.fi/bitstream/handle/10024/78783/gradu02363.pdf?sequence=1>

## Liite 1

	Tekijä	Nimi	Keskeiset tulokset
1.	Merkel Tuija 2011	Hoitotyöntekijöiden työnjako ja työnsisältö Helsingin terveystieteiden sairaaloiden vuodeosastoilla.	Tutkimuksessa kävi ilmi hoitohenkilökunnan työtehtävien paljous ja halu hoitaa välitön potilastyö mahdollisimman hyvin, toissijainen työ ja välilliset toiminnot vievät paljon aikaa ja resursseja itse potilastyöstä. Koulutuksen tarve ja saatavuus koettiin tärkeänä. Kehittäiskohteita oli paljon ja niiden istuttaminen käytäntöön koettiin tärkeäksi, jotta niistä saataisiin hyödyttäviä työkaluja perustyöhön.
2.	Väisänen Timo 2007	Moniammatillinen tiimityö ja johtaminen	Tutkimus oli tehty lähinnä A-klinikan näkökulmasta. Tuloksissa todettiin moniammatillisen tiimityön olevan toimivaa ja toimintaa sekä työyhteisöä tukevaa. Työntekijöiden ja johtajien näkemykset poikkesivat jonkin verran toisistaan, mutta päälinja säilyi kuitenkin samankaltaisena ja tiimityö koettiin hyväksi tavaksi toimia.
3.	Ryhänen Arja 2007	Yksilövastuisten hoitotyön toteutuminen Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymässä.	Yksilövastuisten hoitotyön toteutumisessa oli paljon eroja, yksikkökohtaisesti sekä toimialakohtaisesti. Hoitajien kokemukset työmallista vaihtelivat paljon, potilaiden kokemus sen sijaan oli omahoitajuuden toteutumisen kannalla. Yhteiset pelisäännöt ja toimintatavat koettiin tärkeiksi ja niiden puute haittasi toiminnan onnistumista.



4.	Laaksonen Anne 2008	Osastonhoitaja sairaan- hoitajan kliinisen osaami- sen tukijana ja edistäjänä.	Tutkimuksessa päädyttiin osastonhoitajan tärkeään asemaan työntekijöidensä osaamisen ja kouluttamisen tukijana. Osastonhoitajalla on vastuullinen tehtävä oman yksikkönsä työntekijöiden jatkuva kouluttautumisessa ja osaamisen tason seuraamisessa. Näin kyetään säilyttämään osaava ja ammattitaitoinen työyksikkö.
5.	Hjerppe Marjo 2008	Yksilövastuisen hoito- työn toteutuminen oma- hoitajien arvioimana.	Tutkimuksessa kävi ilmi yksi- lövastuisen ja omahoitajuuden termien samankaltaisuus, siis samasta asiasta käytettiin kumpaakin termiä. Työyhteisössä tulee olla yhteinen päämäärä ja toimintatapa jotta kyseinen malli on toimiva, tämä edellyttää myös johdolta selkeitä toiminnan/ työnkuvan malleja. Koulutusta pidettiin tässäkin tutkimuksessa avainasiana työn sujuvuuteen.
6.	Laitinen Sanna 2014	Yksilöllinen tuki ja ohjaus aikuislukiossa: Eri-tyisopettajan ja opinto-ohjaajan työparityöskentely.	Tutkimus oli tehty opettajien näkökulmasta, mutta tulokset ovat varmasti verrattavissa myös terveydenhoitoon. Tuloksissa todettiin työparityöskentelyn antavan paljon avaimia erilaisten ja jatkuvasti muuttuvien ihmisten ja tilanteiden käsittelyyn, mento- roinnin ja ajatusten sekä kokemusten vaihdon avulla. Suurin hyöty saatiin kun työparin ajatusmaailma ja arvot olivat samankaltaisia jolloin keskinäinen ymmärrys oli toimivaa.